

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

370 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

RENÉ VIGNARD

Externe des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur
Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 3 Mai 1891

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Syndromes abdominaux

au cours des complications

PLEURO-PULMONAIRES DE LA GRIPPE

Président : M. Emile SERGENT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

273

370

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

J Vignard

378

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

RENÉ VIGNARD

Externe des Hôpitaux de Paris
Chevalier de la Légion d'honneur
Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 3 Mai 1891

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Syndromes abdominaux

au cours des complications

PLEURO-PULMONAIRES DE LA GRIPPE

Président : M. Emile SERGENT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.	LEGUEU.
* Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
ABRAMI Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri) . . Chimie biologique.
ALGLAVE Pathologie chirurgi- cale.	LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN Pathologie médicale.	LE LORIER Obstétrique.
BASSET Pathologie chirurgi- cale.	LEMAITRE Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN Pathologie médicale.	LEMIERRE Pathologie médicale.
BINET Physiologie.	LÉVY-SOLAL Obstétrique.
BLANCHETIERE . . Chimie biologique.	LHERMITTE Pathologie mentale.
BRANCA Histologie.	LIAN Pathologie médicale.
BRULÉ Pathologie médicale.	MATHIEU Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER Obstétrique.
CADENAT Pathologie chirurgi- cale.	MOCQUOT Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY Histologie.	MONDOR Pathologie chirurgi- cale.
CHIRAY Pathologie médicale.	MOURE Pathologie chirurgi- cale.
CLERC Pathologie médicale.	MULON Histologie.
DEBRÉ Hygiène.	PHILIBERT Bactériologie.
I. de JONG Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE Pathologie médicale.
DUVOIR Médecine légale.	RICHET Fils Physiologie.
ÉCALLE Obstétrique.	ROUVIÈRE Anatomie.
FIESSINGER Pathologie médicale.	STROHL Physique médicale.
FOIX Pathologie médicale.	TANON Pathologie médicale.
GARNIER Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER Pathologie médicale.	VAUDESCAL Obstétrique.
HEITZ-BOYER . . . Urologie.	VERNE Histologie.
HOVELACQUE . . . Anatomie.	VILLARET Pathologie médicale.
JOYEUX Parasitologie.	WELTER Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	MM.
CAMUS Physiologie.	RETTNERER Histologie.
GOUGEROT Pathologie médicale.	ROUSSY Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT Obstétrique.	

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBREDANNE. .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LÉPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
N.	
LEDOUX-LEBARD.	
	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR E. VIGNARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

DE NANTES

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A LA MEMOIRE DE MON PERE

LE DOCTEUR E. VIGNARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE

DE NANTES

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

MON PREMIER MAITRE

*Témoignage de ma reconnaissance
pour l'exemple et les sages conseils
qu'il m'a toujours donnés.*

A MA MERE

A MA SOEUR

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES

A L'ECOLE DE MEDECINE DE NANTES

A MES MAITRES

AUX HOPITAUX DE NANTES

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR EMILE SERGENT

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE

MÉDECIN DE LA CHARITÉ

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*En le remerciant du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.*

*Hommage de profonde admiration
et de grande reconnaissance.*

Introduction

L'épidémie de grippe de 1918 nous a montré la fréquence de ses localisations pleuro-pulmonaires, localisations qu'il faut bien connaître, car ce sont elles qui donnent à la maladie son caractère de gravité.

Tous les ans, on peut revoir de ces grippes compliquées, au moment des épidémies saisonnières, qui évoluent souvent exactement comme les cas observés pendant les grandes épidémies de grippe, et il faut toujours y penser, car dans ces conditions la notion d'épidémiologie peut être méconnue.

Habituellement le début de la grippe pulmonaire est identique à celui de la grippe simple, les accidents respiratoires ne se manifestant guère avant le troisième jour et apparaissant comme une complication secondaire à l'infection primitive.

Mais il n'en va pas toujours de même, et l'on a pu dire qu'aucune règle, aucune évolution fixe ne préside à ces accidents.

Le début est souvent insidieux et ces complications présentent parfois une symptomatologie telle que le diagnostic peut dans ces cas rester en suspens.

Et comme le dit M. le Professeur Nobécourt dans son Introduction à la Clinique médicale des Enfants : « Il faut

savoir que le médecin peut se trouver en présence de faits singulièrement complexes et qu'il ne retrouve plus les maladies dont il a appris l'histoire et les caractères ».

Ayant eu l'avantage d'observer en janvier 1924 plusieurs malades adultes atteints de grippe et chez lesquels les complications pleuro-pulmonaires passèrent tout d'abord inaperçues, l'attention ayant été attirée par un syndrome abdominal, il nous a paru intéressant d'étudier ces complications grippales chez l'adulte, quand elles sont caractérisées par un syndrome abdominal, le premier symptôme étant un point de côté bas situé.

Nous nous efforcerons de montrer combien le diagnostic est parfois rendu difficile au début, diagnostic d'autant plus important à faire, qu'il peut écarter l'idée d'une intervention d'urgence, intervention qui peut être funeste au malade dans de pareilles conditions.

Il nous a semblé que ces questions médico-chirurgicales prenaient de plus en plus d'importance, méritaient de plus en plus d'être signalées, étant donné la fréquence actuelle des interventions chirurgicales d'urgence.

Dans un premier chapitre, nous essaierons d'esquisser l'histoire de cette question, déjà connue à propos de la pneumonie chez l'enfant, et dans certains cas observés parmi les affections pleuro-pulmonaires aiguës de l'adulte.

Dans un second chapitre, nous décrirons succinctement les différentes complications pleuro-pulmonaires grippales susceptibles de débiter par un syndrome abdominal.

Et c'est dans un troisième chapitre que nous insistons pour attirer l'attention sur les différents symptômes, qui doivent orienter le diagnostic vers une complication thoracique et non abdominale.

Enfin, nous ne ferons que rappeler dans un dernier chapitre les différentes théories déjà émises à propos de l'étude des points de côté abdominaux dans les affections thoraciques, et nous montrerons comment à propos de cette pathogénie on peut se montrer éclectique suivant les différents cas que l'on aura observés.

Historique

Ainsi que nous l'a montré la grippe récente, les complications pulmonaires sont très fréquentes. De tout temps, du reste, elles ont été signalées. Les rapports entre la grippe et la pneumonie étudiés dans la thèse de M. le professeur Ménétrier sur la grippe en 1886 (1), les articles de Dupré (2) en 1860, de Grasset (3) en 1874 sur les congestions pulmonaires catarrhales ou grippales, etc., — on pourrait citer des pages entières d'études consacrées aux rapports entre la grippe et les affections pleuro-pulmonaires. On y verrait, du reste, toujours noté que bien souvent l'évolution de ces dernières est anormale.

Les auteurs actuels s'accordent pour montrer qu'une place importante est occupée, parmi ces complications, par les congestions pulmonaires grippales.

(1) Ménétrier, *Grippe et pneumonie en 1886*. Thèse, Paris 87.

(2) Dupré, *Montpellier Médical*, 1860.

(3) Grasset, *Montpellier Médical*, 1874.

Etudiées par M. Courcoux (1), les formes les plus fréquentes décrites par cet auteur sont la congestion pleuro-pulmonaire et la fluxion de poitrine. Il signale que la plèvre est souvent touchée. Il ajoute qu'il peut y avoir également splénisation caractérisée par une réaction cortico-pleurale étendue.

Il nous a paru donc utile de rappeler ici les vieilles conceptions des fluxions de poitrine décrites par Dupré de Montpellier, puis étudiées et confirmées par Grasset et Dieulafoy, « fluxions de poitrine catarrhales ayant pour caractère primordial d'atteindre tous les plans de la poitrine : muscles intercostaux, tissu cellulaire, plèvre, parenchyme pulmonaire et bronches ». Dans ces cas, dit M. Courcoux, *la symptomatologie est dominée par un point de côté violent, souvent étendu, s'accompagnant d'hyperesthésie cutanée très marquée, exagéré par les mouvements, la palpation et la toux.*

Nous verrons, en étudiant la pathogénie du point de côté abdominal, comment certaines localisations de ce point de côté peuvent s'expliquer précisément par la description anatomo-pathologique de l'Ecole de Montpellier.

Ce sont ces fluxions de poitrine que Dieulafoy (2), se ralliant à cette thèse, dénomme « états morbides, mixtes, bâtards, dans lesquels les éléments hyperémiques et phlegmasiques sont diversement combinés. Tous les plans superposés qui forment la poitrine sont touchés ».

(1) Courcoux, article *Congestions pulmonaires*. Traité de pathologie médicale. Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix.

(2) Dieulafoy, article *Fluxions de poitrine*. Traité de pathologie interne.

Et, décrivant le point de côté, il ajoute : *les muscles abdominaux et lombaires peuvent être également intéressés.*

Les fluxions de poitrine, dit-il dans une de ses leçons cliniques, peuvent se concentrer soit sur le poumon, soit sur les bronches, soit sur les plèvres. Il peut y avoir épanchement pleurétique, pleurésie bâtarde défigurée par la fluxion du poumon et des bronches.

Enfin, si la localisation pulmonaire est la plus accusée et la plus étendue, on peut se trouver en présence de ce qu'on serait tenté d'appeler une pneumonie.

Il termine en disant qu'on trouve très souvent ces manifestations pleuro-pulmonaires comme complications de la grippe.

Il est donc intéressant de voir déjà signalé que la grippe donne souvent naissance à ces « fluxions de poitrine », caractérisées précisément par leur symptomatologie si diverse.

Cependant, à cette époque, la nécessité d'un diagnostic rapide, afin d'écarter toute idée d'intervention chirurgicale, était moins importante, l'opération d'urgence étant bien rarement pratiquée. Cette question est devenue primordiale depuis la pratique des opérations abdominales d'urgence, notamment en ce qui concerne l'appendicite.

Dans une de ses cliniques, le Professeur Sergent (1) commence ainsi : « Le diagnostic des affections pleuro-pulmonaires aiguës de l'adulte est parfois rendu d'une

(1) Sergent, *Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire*, chapitre II. Leçon clinique faite à la Charité le 3 juin 1913

difficulté extrême par l'existence d'un point de côté abdominal. »

Etudié depuis longtemps par les pédiâtres, il se voit surtout dans la pneumonie (1), mais il a été signalé aussi dans la pleurésie (2). Ainsi que le fait remarquer M. Sergent, l'étude du point de côté abdominal chez l'adulte est de date plus récente (3).

Cheinisse, dans un article sur les appendicites fantômes et les fausses appendicites (4), dit ceci « Talonnés par la crainte d'intervenir trop tardivement et de voir leur malade mourir d'appendicite, beaucoup de praticiens en arrivent à confondre avec l'appendicite toutes sortes d'affections pour peu que celles-ci fussent accompagnées de quelques douleurs vagues dans la fosse iliaque droite.

Félix Franke (5) signale l'existence de pleurésies ou de pneumonies du lobe inférieur droit (avec hyperesthésie réflexe ou névrite concomitante des nerfs intercostaux inférieurs) *consécutives à une infection et en particulier à la grippe*. Il les appelle des *pseudo-appendicites d'origine grippale*.

(1) Comby, Hutinel, Nobécourt.

(2) Comby, West, Sevestre, Winderhofer.

(3) Thèse de Mirande, Paris 1900 ; Edwards (*Journal of the medical american association*, 7 juin 1911) ; Garcetera (*Policlinico*, 2 juillet 1911) ; thèse Daussy, Paris 1912.

(4) Gheinisse, *Semaine médicale*, 1910.

(5) Franke. Ueber pseudo-appendicitis nervosa. *Archives internationales de chirurgie*.

CHAPITRE II

Etude Clinique

L'étude des complications pleuro-pulmonaires de la grippe nous a montré que dans ces formes respiratoires toutes les parties de l'arbre aérien pouvaient être touchées et que la grippe pouvait y provoquer tous les accidents inflammatoires possibles, de la bronchite à la broncho-pneumonie, de la congestion pulmonaire à la pneumonie, de la pleurésie sèche à la pleurésie purulente. Certains cas observés se sont même traduits par de l'œdème ou de la gangrène pulmonaire.

Nous avons déjà insisté sur la diversité de la symptomatologie souvent fruste de ces complications, nous avons déjà montré combien leur évolution était souvent anormale, et ce sont précisément ces anomalies sur lesquelles nous avons voulu attirer l'attention.

Parmi toutes ces complications respiratoires, un certain nombre seulement nous intéressent ici, ce sont celles qui peuvent débiter par un point de côté suffisamment

intense, chez des malades dont les prodromes grippaux ont pu passer inaperçus.

Or, ces complications sont encore assez nombreuses. Dans un article paru en 1919 (1) sur les principales formes pulmonaires de la grippe, 75 cas observés par M. Moutier comprennent :

- 24 bronchites généralisées ;
- 15 congestions pulmonaires ;
- 2 œdèmes aigus ;
- 34 broncho-pneumonies.

Ce sont ces broncho-pneumonies, et surtout ces congestions pulmonaires, ces fluxions de poitrine pouvant aller jusqu'à la splénisation et chez lesquelles la plèvre est souvent, sinon toujours touchée, que nous aurons en vue dans cette étude succincte.

François Moutier, décrivant l'évolution de la grippe, dit ceci : « La grippe est une maladie cyclique et l'on ne peut s'empêcher de lui comparer la courbe classique de la pneumonie banale. Elle est essentiellement caractérisée par une poussée violente, une défervescence au troisième jour, enfin une reprise (2). La seconde partie du cycle grippal, succédant ainsi à une véritable accalmie traîtresse, dure en moyenne quatre jours. *Il est particulièrement important d'être familiarisé avec la période sournoise du début, car c'est au quatrième jour des gripes ignorées que se prononcent les formes toxi-infectieuses graves.* »

(1) François Moutier. *La grippe : ses formes pulmonaires. Gazette des Hôpitaux*, mars 1919.

(2) Signalée par le Professeur Teissier et son élève Menu : thèse de Lyon 1892.

C'est bien, en effet, vers le troisième ou le quatrième jour que l'on voit apparaître les congestions pulmonaires grippales, soit qu'elles se présentent sous la forme de la congestion pulmonaire de Woillez, soit sous la forme de congestions pleuro-pulmonaires et de fluxions de poitrine, les plus fréquentes ; ce sont ces dernières dont nous nous occuperons plus spécialement ici.

Ces congestions pulmonaires peuvent encore se présenter sous une troisième forme, caractérisée par la splénisation, celle-ci étant généralement accompagnée de réaction cortico-pleurale, et cette forme entre également dans notre étude. Son diagnostic rapide est d'autant plus important qu'elle a une évolution souvent fatale, quand on intervient trop tardivement.

Par contre, nous n'aurons pas à envisager les cas de cette congestion aiguë massive et brutale, qui frappe la totalité des deux poumons et entraîne la mort en trois ou quatre jours.

Puisque nous considérons en particulier les fluxions de poitrine, il nous a paru intéressant de rappeler ici rapidement ce qu'en pensait Dupré, puis Grasset, lorsqu'ils les étudièrent, le premier en 1860, le second en 1874.

« La fluxion de poitrine, dit Dupré (1) (qui, du reste, est le premier à appeler ainsi cette forme de congestion), est une affection catarrhale. » Et par catarrhe, il donne la description de ce qu'on appelle actuellement la grippe. Il dit, du reste, plus loin, que cette affection catarrhale s'est également appelée grippe ou influenza.

(1) Dupré, *Montpellier médical*, 1860. T. IV, p. 1. *Considérations cliniques sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale.*

Il insiste particulièrement sur certains signes permettant de dépister cette fluxion de poitrine et, en particulier, la fréquence du pouls et sa petitesse, la présence de douleurs musculaires. Lui aussi parle de cette période prodromique pouvant passer inaperçue, l'existence de cette période étant un caractère que le diagnostic ne saurait négliger sans dommage.

Analysant les symptômes fonctionnels, il passe en revue successivement :

La toux, qui peut manquer et est souvent en rapport avec la douleur.

La douleur, chez certains malades d'une acuité extrême et telle que les moindres mouvements du tronc, les plus faibles inspirations, la percussion la plus légère et même la **moindre pression** provoque d'inexpressibles angoisses. (C'est bien là l'hyperesthésie cutanée, sur laquelle nous aurons à revenir plus loin.)

Les douleurs de ce genre, ajoute-t-il, n'appartiennent pas seulement à la plèvre, les fluxions envahissant les parois du thorax ou les bronches capillaires la présentent quelquefois au même degré. Son intensité tient à la nature de la maladie. Elle est étendue et mobile à la fois.

Et il conclut en disant que « la dominance des phénomènes généraux, de quelques symptômes nerveux, des sympathies qui s'éveillent ou s'exagèrent, rendent la latence organique infiniment commune. »

Grasset (1) présente un certain nombre d'observations

(1) Grasset. *Montpellier médical*, 1874. p. 214 et 295. *Etude clinique sur les fluxions de poitrine de nature catarrhale.*

de fluxion de poitrine d'origine catarrhale (nous dirons grippale).

Ces observations (V, VII, VIII) ne rentrent pas dans le tableau classique des affections de poitrine.

Il décrit les prodromes, qui sont en somme des prodromes grippaux :

Le malade présente tout d'abord un peu d'angine, du coryza, une très légère affection, apyrétique parfois, qui ne le fera pas interrompre ses occupations, qu'il ne se rappelle même que difficilement plus tard, quand son attention y sera ramenée.

Entré au deuxième ou au troisième jour de la maladie, les malades disent en général qu'ils souffrent de partout, ils sont courbaturés. Dans l'observation V, le malade se plaint de toute la poitrine, surtout du *creux de l'estomac*, avec de la fièvre, une *mauvaise figure*. On reste deux jours *indécis sur le diagnostic*.

Grasset a noté des frissons superficiels, des nausées, des vomissements, souvent de la constipation, alors ensuite apparaît la fluxion.

Il insiste lui aussi sur la *latence fréquente* des fluxions de poitrine compliquant une maladie antérieure.

Dans l'observation VIII, une pneumonie catarrhale (nous dirons toujours grippale) n'a été diagnostiquée qu'au dixième jour.

Dans l'observation IX, on fait le diagnostic la veille de la mort du malade, alors que l'autopsie révélera une *lésion pulmonaire d'un âge déjà avancé*.

A côté de ces congestions pleuro-pulmonaires aiguës, nous devons signaler ici certaines formes de pleurésies

purulentes grippales à streptocoques, évoluant comme une affection qui semble primitive, la lésion infectieuse pulmonaire ayant passé pour ainsi dire inaperçue. Et si cette pleurésie est diaphragmatique, on peut avoir, dans ce cas, ce qu'on a appelé la forme phréno-péritonéale, ce qui égare le diagnostic dans le sens de cholécystite, d'appendicite, de perforation d'un ulcus ou même d'obstruction intestinale.

Passons-en rapidement les symptômes en revue, tels qu'ils ont été décrits par M. Courcoux (1) : « Le début est brusque, subit, avec douleur abdominale, nausées, vomissements. La douleur occupe tout l'abdomen, ou est localisée soit dans la région vésiculaire, soit dans l'épigastre, soit dans les fosses iliaques, surtout à droite. Comme on trouve de l'hyperesthésie cutanée dans ces régions, une contracture intense, qu'il y a des vomissements, de la fièvre, on porte le diagnostic d'affection abdominale.

L'hésitation peut durer et ce n'est que par une étude très fouillée des divers symptômes et de leur évolution qu'on peut arriver à fixer un diagnostic. »

Qu'il s'agisse de congestion pulmonaire, pleuro-pulmonaire ou de pleurésie purulente, pour que le diagnostic soit difficile deux conditions sont indispensables : 1° la grippe est méconnue ; 2° Les complications pleuro-pulmonaires sont ignorées, parce que latentes.

(1) Courcoux. Article *Pleurésies enkystées*, p. 225. Appareil respiratoire, T. II. Traité de pathologie médicale. Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix.

1° Nous avons déjà dit que l'infection grippale avait une allure souvent insidieuse, que la période de début pouvait passer complètement inaperçue, et nous avons montré comment, au quatrième jour, on pouvait se trouver devant un accident aigu sans soupçonner l'infection causale. Dans le prochain chapitre, nous verrons précisément comment on peut arriver à dépister cette grippe latente, et quels en sont les signes parfois très délicats à saisir qui la décèleront et montreront qu'elle est bien la coupable ;

2° D'autre part, les lésions pleuro-pulmonaires peuvent-elles passer inaperçues ?

Nous verrons qu'il existe des cas où les signes physiques et fonctionnels d'une complication pleuro-pulmonaire peuvent manquer, au moins pendant un certain temps.

En effet, si nous nous en référons aux auteurs qui ont étudié particulièrement la dernière épidémie de grippe et ses manifestations pulmonaires (1) et d'accord avec eux d'après les différents cas de gripes compliquées que nous avons pu voir, — le début de ces manifestations est très souvent insidieux, quant aux symptômes les révélant, et en même temps se caractérise par sa brusquerie et l'intensité avec laquelle l'organisme paraît souvent atteint.

(1) Jacquet. *La grippe à Bourges*, thèse Paris 1920.

Würtz et Bezançon. *Bul. de l'Acad. de médecine*, octobre 1918.

Rathery. *Manifestations pulmonaires au cours de la grippe*. *Paris Médical*, mars 1919.

Lereboullet. *Grippe en 1918*, *Paris Médical*, 1919.
etc., etc...

Il résulte de ce que nous venons de voir que l'on peut se trouver en présence d'un malade grave, chez lequel on ne trouve pas traces de lésions pleuro-pulmonaires, et chez lequel la grippe est méconnue.

Ajoutons à ces deux négations une réaction douloureuse abdominale accompagnée d'hyperesthésie cutanée marquée, un facies grippé qu'on pourrait prendre pour un facies péritonéal, un pouls hypotendu, parfois rapide et dissocié par rapport à la température, et voilà tout naturellement le diagnostic aiguillé vers une affection aiguë abdominale.

Ainsi les signes fonctionnels et les signes physiques indiquant que le poumon ou la plèvre sont touchés peuvent manquer ou sont difficiles à reconnaître. Quand ils existent, quels sont-ils ?

Il s'agit, bien entendu, toujours de cas où le symptôme point de côté douloureux est bas situé.

Le *frisson*, apparaissant en même temps ou précédant ce point de côté, est rare est souvent remplacé par de petits frissons répétés qui n'ont aucune valeur diagnostique.

La *toux*, souvent pénible, sèche, peut être attribuée à un phénomène réflexe et provoquée par la douleur.

La *dyspnée*, paraît être le symptôme le plus fréquent, mais qui, isolé, n'a rien de pathognomonique.

L'*expectoration* est bien rare et manque presque toujours au début. Elle a les caractères de l'expectoration de la congestion simple, crachats blancs, aérés, mousseux. Il est évident qu'elle peut changer de caractères si la congestion évolue vers la splénisation, mais en général, à ce moment, le diagnostic sera déjà fait.

La *fièvre* ne présente aucune courbe typique ; la courbe, quand elle est entière, présente cependant, en général, le caractère du cycle grippal, ce qui pourra servir au diagnostic.

Ajoutons à ces signes fonctionnels des signes physiques ou bien absents ou très banals :

La respiration peut être simplement diminuée au niveau de l'une des deux bases. Les vibrations peuvent être diminuées, parfois elles sont légèrement augmentées. On peut également entendre quelques râles de bronchite disséminés, parfois des frottements pleuraux. Mais rien ne permet de supposer que c'est là qu'est le danger, et ce n'est que quelques jours plus tard que l'on verra s'établir les signes incontestables d'une congestion ou bien même d'une pneumonie.

En somme, on peut être amené à examiner d'urgence un malade qui ne présente que le symptôme douleur, point de côté, point de côté bas situé, abdominal.

Peut-on trouver chez ces malades d'autres signes physiques ou fonctionnels pouvant égarer davantage le diagnostic vers une affection des organes abdominaux ? — Non seulement ces signes existent, mais ils sont fréquents.

Les différentes thèses (1) et les articles publiés sur les pneumonies à début appendiculaire ont passé en revue cette symptomatologie pseudo-abdominale.

(1) Mirande. *Syndrôme appendiculaire sans lésions de l'appendice dans les affections thoraciques*. Thèse Paris 1900.

Daussy. *Rapports de l'appendicite et de la pneumonie*. Thèse Paris 1912.

Nous ferons remarquer seulement qu'ici il s'agit de grippe, qu'on peut avoir affaire à un malade très abattu, précisément par cette grippe, malade dont l'état général paraît alarmant, nécessitant une intervention médicale ou chirurgicale immédiate.

On est frappé par son aspect spécial, son facies *grippé*, son abattement.

Des vomissements accompagnent souvent la scène. Ces vomissements, signalés par Mirande, Daussey, par M. Nobécourt (1) et bien d'autres, peuvent être dus ici simplement à l'infection causale.

En effet, on sait qu'ils existent presque toujours au début de la grippe, accompagnés d'un état saburral de la langue, d'anorexie absolue, de constipation, parfois de diarrhée.

Le pouls sera souvent très accéléré dans les formes graves, pouvant aller jusqu'à 100, 120, 140. Il sera alors dissocié par rapport à la température, petit, dépressible, *hypotendu*, et indiquera une intoxication neuro-cardiaque. Mais l'on comprend que l'ensemble de ces symptômes qui peut exister dans des gripes n'affectant pas la forme gastro-intestinale, peut prêter à confusion.

Nous allons maintenant essayer d'analyser les différents symptômes qui doivent nous éviter de commettre une erreur et qui nous conduiront à négliger l'idée d'affection abdominale pour suspecter une affection thoracique.

(1) Nobécourt. *Clinique médicale des enfants*, p. 150.

CHAPITRE III

Sur quels signes doit-on se baser pour faire le Diagnostic ?

Dans les différents cas que nous envisageons ici, on se trouvera donc en présence d'un malade qui présentera au premier abord l'aspect classique d'une infection abdominale. Il aura un facies spécial, les traits tirés, il pourra être dyspnéique, sa langue sera saburrale, il présentera le plus souvent de la constipation, quelquefois de la diarrhée et il attirera l'attention sur un point de côté bas situé, en général très douloureux. Ce point de côté pourra être franchement abdominal siégeant dans la fosse iliaque droite ; il sera parfois épigastrique, ou cystique. Nous en avons constaté un lombaire.

Ce point de côté s'accompagne d'une hyperesthésie cutanée très marquée, exagérée par la toux, les mouvements, la palpation.

Quand on aura appris en interrogeant le malade qu'il a présenté de petits frissons répétés, qu'il ne crache pas,

que sa respiration est gênée surtout par la douleur et la contracture de ses muscles abdominaux, quand on aura vu que sa température est à 38°, 39°, on doit penser à une affection abdominale, même si l'auscultation fait entendre un peu de bronchite à une base, à droite généralement, quelques frottements pleuraux, ou quelques râles congestifs si fréquemment associés à des lésions appendiculaires ou à des réactions péritonéales.

De plus, le malade souvent constipé, présente des nausées et des vomissements.

En somme, suivant le siège de cette douleur, tout oriente le diagnostic, soit vers une appendicite, soit vers une colique hépatique, soit vers une colique néphrétique, soit même vers un ulcus ou une obstruction intestinale.

Cependant si on analyse bien les symptômes que présente le malade on pourra devenir hésitant.

En effet, le symptôme qui attire le plus l'attention, la *douleur*, le *point de côté abdominal*, pourra ne s'accompagner souvent d'aucune douleur thoracique, il pourra être assez violent pour immobiliser le malade. La palpation fera constater de *l'hyperesthésie superficielle très marquée*, comme dans les névralgies intercostales il est vrai, mais aussi comme dans certaines réactions péritonéales. Cette douleur superficielle provoquera de la défense de la paroi, si la palpation est brusque et rapide. **Mais, et c'est là le point important.** c'est là que l'on devra suspecter la véritable cause de cette douleur, si la palpation est bien conduite, en insistant, on verra que la douleur n'est pas profonde. Elle siège dans la paroi. « Si au lieu de presser brusquement et d'un seul doigt, on dé-

prime lentement la paroi abdominale avec toute la longueur de la main, on ne provoque pas la douleur et on ne rencontre plus de défense musculaire (1) ».

D'autre part, si on insiste particulièrement en interrogeant le malade sur les commémoratifs qui ont précédés ce point de côté, on pourra peut-être apprendre que depuis deux ou trois jours, il s'est senti mal en train, que s'il n'a pas cessé ses occupations, il aura été obligé de les interrompre en partie ; il dira qu'il était comme brisé, que tout son corps était courbaturé. Il pourra avoir présenté un peu de laryngite, quelquefois de l'épistaxis et presque toujours une angine légère (2).

Même en l'absence de notion d'épidémiologie, on devra penser à la grippe, et alors analyser un à un les divers symptômes actuellement présentés par le malade.

On sait que le tube digestif est presque toujours atteint au moins légèrement dans la grippe, c'est ce qui peut expliquer les vomissements, la constipation habituelle ou bien la diarrhée.

La langue a souvent un aspect spécial, quoiqu'à ce point de vue les opinions ne soient pas les mêmes. Ainsi la langue porcelainée de Faisans est niée par Roger Voisin (3) qui décrit une langue lisse et rose sur son pourtour, jaune soufre à sa surface.

L'état général est spécial. On est en présence d'un malade *asthénique*, et dont le facies est grippé. Ce symp-

(1) Guinon. *Le point de côté abdominal dans les affections pleuro-pulmonaires et les erreurs de diagnostic qu'il peut causer.* Société de Pédiatrie. Paris 1901.

(2) Netter. *Article grippe.* Traité de médecine Gilbert et Carnot.

(3) Roger Voisin et Benhamou, *Paris Médical*, 1919, p. 421.

tôme est difficile à décrire ; il suffit de l'avoir vu pour le reconnaître. Le visage est tiré, immobile avec une expression de tristesse, d'anxiété. Les traits sont rétractés, la face a une teinte jaunâtre et amaigrie.

Le facies péritonéal est plus caractéristique. Le visage est grisâtre et plombé. Le nez est pincé, les pommettes saillantes. Les yeux le plus souvent entourés d'un large cercle noir, paraissent enfoncés dans l'orbite.

Mais, pour une simple réaction péritonéale, c'est bien à un facies grippé que l'on a affaire, du moins c'est l'expression consacrée, et c'est dire que l'on peut difficilement tenir compte de l'aspect du malade pour orienter sérieusement le diagnostic.

Le *pouls* par lui-même ainsi que la température n'ont rien de pathognomonique.

Celle-ci ne dépasse souvent pas 39° dans cette période de latence. Quant au pouls, il est à remarquer que dans les cas de congestions pulmonaires à allure bénigne, le pouls est bien frappé, battant à 80-88, dissocié par rapport à la température qui monte à 39-40°. Il est bien certain qu'une température montant d'emblée à 40° avec un pouls bien frappé et non dissocié doit d'abord faire penser à une infection aiguë du poumon, une pneumonie en particulier. Mais dans certaines formes toxiques, il faut se rappeler qu'on peut avoir une température ne dépassant guère 39 avec un pouls rapide à 120-140, *hypotendu*. Si l'on a en même temps un syndrome abdominal suffisamment net, on est en droit, dans ce cas, d'hésiter et de croire à une réaction du péritoine.

Une autre difficulté peut venir compliquer le diagnostic.

Il n'y a aucun signe pulmonaire, mais l'infection grippale est soupçonnée. Dans ce cas, le diagnostic peut encore rester très délicat, car on a pu voir des localisations grippales intestinales, appendiculaires, ou même rénales. Des appendicites, des néphrites d'origine grippale ont été signalées.

D'autre part, l'infection peut se porter et sur l'appendice et sur le poumon (1). Dans ce cas, le diagnostic des deux affections devient très difficile.

Nous insisterons en particulier sur une infection locale à laquelle il faudra penser, car elle présente un ensemble de symptômes déroutant, pour le médecin qui n'y songe pas. Je veux parler de la *surrénalite aiguë d'origine grippale*.

Asthénie, hypotension, présence de la ligne blanche surrénale, signes d'insuffisance surrénale, manquent rarement au cours de la grippe.

Le professeur Sergent (2) n'hésite pas à affirmer que la surrénalite accompagne très souvent le cortège des grands syndromes infectieux. C'est au cours d'une pneumonie, d'ailleurs, qu'il signale la première observation de surrénalite infectieuse aiguë contrôlée à l'autopsie.

Etudiant cette complication au cours de la grippe, il observe que :

L'hypotension artérielle atteint un degré vraiment impressionnant, avec une tension maxima abaissée au-des-

(1) Daussy. Thèse Paris 1912.

(2) Sergent. *Insuffisance surrénale et grippe*. Discussion à la Société médicale des Hôpitaux, 11 octobre 1918. *Journal de médecine et chirurgie pratique*, janvier 1919.

sous de 10, minima au-dessous de 6 (avec l'appareil de Vaquez).

La raie blanche est extrêmement nette.

Décrivant le syndrome aigu de cette surrénalite, *il observe des douleurs lombaires et abdominales parfois atroces*, de la céphalée, de l'anorexie, des vomissements bilieux, fréquents et répétés, de la diarrhée ou de la constipation. Et en plus, les signes décrits plus haut.

Il est donc important de connaître cette surrénalite aiguë d'origine grippale, pouvant accompagner une localisation pulmonaire, une pneumonie. Il faudra la soupçonner, malgré un état simulant une péritonite, une crise appendiculaire. C'est, en effet, dans des cas de ce genre, où la lésion n'est ni fatalement ni constamment assez massive pour tuer d'emblée, que l'opothérapie peut être efficace.

Mais nous voyons par là combien, dans certains cas, le diagnostic peut devenir d'une difficulté extrême, et combien l'examen du malade devra être minutieux, malgré ou plutôt en raison de son état alarmant.

En résumé, il faut donc se souvenir que malgré l'auscultation systématique des malades jusqu'à trois ou quatre fois par jour, *bien des foyers pleuro-pulmonaires demeurent absolument silencieux* et ne se décèlent que le cycle terminé.

M. Ménétrier cite, par exemple, dans sa thèse, plusieurs observations de pneumonies grippales dont l'évolution est très peu caractéristique.

Ainsi dans l'observation I, le 11 mars le malade ressent

de petits frissons, le 15 seulement apparaissent des signes physiques.

Dans l'observation II, le début de la pneumonie est masqué totalement par la prédominance de phénomènes gastro-intestinaux.

D'autre part, en l'absence de ces signes physiques et fonctionnels pleuro-pulmonaires, répétons qu'on peut se trouver en présence d'un ensemble de symptômes simulant une affection abdominale. Ces formes de grippe pulmonaires ont du reste été signalées depuis longtemps.

M. Ménétrier rappelle précisément les pneumonies grippales décrites en 1776 par Stoll sous le nom de pneumonies bilieuses, caractérisées par des vomissements bilieux, *de la douleur et de la tension au niveau des hypochondres*.

Par contre, on peut dire qu'habituellement l'état général et le facies sont peu modifiés, qu'ils n'ont pas les caractères spéciaux qu'on leur trouve dans toute affection abdominale réelle. Et cette intégrité de l'état général est surtout hors de proportion avec la fièvre souvent élevée et les phénomènes douloureux presque toujours intenses dans les cas qui nous occupent. Cependant il y a des exceptions, et l'on a pu voir en pleine épidémie de grippe des malades très touchés du premier coup, présentant un état général très alarmant, et ce sont justement ces malades pour lesquels l'urgence d'un diagnostic semble devoir s'imposer.

Ajoutons qu'une des meilleures présomptions en faveur d'un état grippal, c'est cette asthénie dans laquelle se trouve fréquemment le malade, chez lequel on pourra

rechercher la raie blanche. Mais n'oublions pas qu'on pourra se trouver en présence d'un syndrome douloureux abdominal de surrénalité.

On a indiqué, en l'absence de tous signes fonctionnels et physiques de complication pulmonaire, la rougeur de la pommette correspondante au côté suspect de splénisation. Ce symptôme s'est trouvé, en effet, vérifié plusieurs fois.

Et c'est en auscultant tous les jours le malade que l'on finira par trouver une zone soufflante accompagnée de râles sous-crépitaux, de frottements pleuraux. Suivant l'expression de Cadet de Gassicourt appliquée à la pneumonie : « La fluxion de poitrine aura tardé à parler, elle aura fini par se faire entendre. »

Nous n'insisterons pas davantage sur l'absence de signes physiques que présente souvent une pleurésie enkystée, ni sur les symptômes trompeurs qu'elle peut présenter et que nous avons déjà décrit plus haut.

Le diagnostic que nous devons faire est un diagnostic d'urgence, il ne sera pas parlé ici des procédés de laboratoire qui pourront fournir d'utiles renseignements plus tard.

Il va sans dire que des renseignements de premier ordre peuvent être donnés par une ponction exploratrice si on soupçonne une pleurésie.

Quant à l'examen radiologique, l'état du malade ne permettra souvent pas de le faire. Rappelons cependant, ainsi que l'a montré M. Sergent (1), que la congestion

(1) Sergent. *Etudes cliniques et radiologiques sur les maladies de l'appareil respiratoire*, p. 455.

pulmonaire ne donne pas d'image radiologique appréciable, à moins qu'elle soit suffisamment intense, et qu'il y ait condensation suffisante du parenchyme pour projeter une ombre. Dans ce dernier cas, on pourra apercevoir une ombre estompée, un voile flou, nuageux, appréciable seulement par comparaison avec l'autre côté.

Observations

OBSERVATION I

CONGESTION PLEURO-PULMONAIRE DE NATURE GRIPPAL A DÉBUT
SIMULANT UNE COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.

L... Paul, âgé de 26 ans, est pris, le 9 janvier 1924, au début de la journée, de légères douleurs dans le côté gauche de l'abdomen. Il déclare s'être senti un peu fatigué les deux jours précédents et avoir présenté une légère céphalée.

Dans l'après-midi du 9, les douleurs augmentent d'intensité et le malade arrive à l'hôpital vers quatre heures, présentant un syndrome douloureux lombo-abdominal gauche, d'une grande netteté.

La douleur est intense et très violente.

La température est à 40°. Le malade vomit.

A l'examen, il présente un facies fatigué, avec les yeux excavés, en somme un facies pouvant indiquer une réaction péritonéale.

On note une contracture unipariétale des muscles abdominaux à gauche, mais à droite aucun signe. Il existe de l'hyperesthésie cutanée, mais la contracture est réductible.

Le testicule est rétracté. Il y a de la douleur à la palpation sur le trajet des uretères. Le point costo-vertébral est surtout net.

On porte le diagnostic de colique néphrétique gauche avec réaction pseudo-péritonéale, diagnostic peu satisfaisant à

cause de la fièvre élevée et l'absence d'antécédents rénaux.

Le malade a présenté une légère angine, mais ne tousse ni ne crache. Il respire assez difficilement, parce que sa respiration est douloureuse, mais n'est pas dyspnéique à proprement parler.

L'auscultation, la percussion des poumons ne révèlent aucun signe.

On fait une piqûre de morphine et on met de la glace sur le ventre.

Le 10 janvier, la fièvre est tombée, les douleurs antérieures ont disparues. Il n'y a plus de contracture. Cependant, la région lombaire est encore douloureuse.

L'auscultation permet ce jour-là de révéler les premiers symptômes d'une réaction pleuro-pulmonaire, au niveau de la base gauche. La respiration est diminuée, ainsi que les vibrations.

Le 11 janvier, la température est normale. Quelques râles congestifs et quelques frottements à la base gauche qui cèdent au traitement symptomatique.

OBSERVATION II

CONGESTION PULMONAIRE GRIPPALE, AVEC RÉACTION PLEURALE,
A DÉBUT AYANT SIMULÉ UNE OCCLUSION INTESTINALE.

C... Georges, âgé de 44 ans.

Le 15 janvier 1924, le malade est envoyé d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic d'occlusion intestinale. Il a été pris brusquement, il y a vingt-quatre heures, d'une douleur abdominale assez intense, suivie bientôt de vomissements. Il n'a pas été à la selle depuis.

Examiné à son arrivée, il présente un facies très déprimé

et anxieux. La douleur siège principalement à droite, mais n'est pas très bien localisée, les régions appendiculaires et vésiculaires sont douloureuses. Il existe de la contracture pariétale.

L'appareil pulmonaire ne présente absolument rien.

Le malade a été rasé et préparé, cependant la présence d'une température à 38°, quelques signes prémonitoires de grippe (le malade a eu une angine, a présenté de la céphalée et des courbatures trois jours auparavant) font qu'on hésite.

On se décide à faire de l'expectative armée. Le malade est mis au repos avec de la glace sur le ventre.

Le 16 janvier. Etat stationnaire.

La température est à 38,4.

Le pouls est à 80. Le malade vomit toujours (vomissements bilieux) et ne va toujours pas à la selle. Le ventre paraît cependant moins douloureux, il existe par contre une hypersthésie cutanée très marquée.

Le 17 janvier. Les vomissements ont cessés, il y a eu une selle spontanée. La température est à 37,8.

C'est ce jour-là seulement qu'apparaissent les signes nets d'une réaction pleuro-pulmonaire à la base droite.

La respiration est diminuée. Les vibrations également. Il existe des frottements pleuraux, et l'on peut entendre aux deux temps de la respiration un léger souffle superficiel. Pas de signes fonctionnels.

Une ponction pleurale est positive et ramène du liquide séro-fibrineux banal.

Une radiographie, faite à ce moment, montre une très légère obscurité de la base droite. Médication symptomatique.

Le 18 janvier. La température est à 37,8. Les douleurs ont complètement disparu.

Le 19 janvier. La température est devenue normale.

Trois jours après, les signes de congestion pleuro-pulmonaires de la base droite ont disparus.

CHAPITRE IV

Pathogénie

Il nous reste, pour terminer, à expliquer pourquoi le système douleur et hyperesthésie cutanée ne correspond pas à la lésion pulmonaire et égare le diagnostic.

Cette pathogénie a déjà été souvent étudiée et nous ne ferons que rappeler les différentes théories qui ont été exposées et en particulier à propos des relations entre l'appendicite et la pneumonie. Ces théories sont relatées tout au long dans les thèses de Mirande, de Daussy, dans un article d'Euzière (1).

1. Pour Piorry, Bouillaud et Beau, c'est une névralgie des intercostaux au voisinage de la plèvre enflammée.

2. Pour Germain Sée, tout réside dans une inflammation du tissu fibreux sous-jacent à la plèvre.

3. D'autres auteurs reconnaissent à la fois une névrite et une inflammation des tissus sous-pleuraux.

(1) Euzière, *Pseudo-appendicites pneumoniques*, Gazette des Hôpitaux, 1909.

4. Pour Mirande, l'origine du point de côté se trouve dans le **poumon lui-même**. La douleur est transmise par les fibres sensibles centripètes sympathiques, les ramifications qui joignent le système du grand sympathique à la moelle et se mettent en rapport avec l'origine des nerfs périphériques (Théorie de Head).

La douleur abdominale serait l'algie pulmonaire transmise et ressentie au niveau de la branche perforante antérieure du douzième nerf intercostal. Il n'est pas étonnant, alors, que le chatouillement de la peau produise de l'hyperesthésie et que la main appuyant sur ces terminaisons nerveuses douloureuses provoque une contraction musculaire réflexe.

Donc névralgie intercostale réflexe à point de départ dans les filets sympathiques du poumon, s'irradiant le long du douzième intercostal, voilà comment, dit Mirande, peut se concevoir le transport de la douleur thoracique.

5. Dans une théorie plus récente, signalée par Euzière, Daussy, on aurait tendance, disent-ils, à reconnaître une origine intestinale aux infections pulmonaires, et en cas de localisation dans la région appendiculaire du point de côté pneumonique, on devrait considérer l'appendice comme primitivement lésé.

Ces deux dernières théories, particulièrement séduisantes, peuvent expliquer le point douloureux situé dans la fosse iliaque droite, point qui peut correspondre exactement avec le point de Mac Burney, soit que l'appendice soit lésé en même temps, soit qu'il soit intact.

Elles n'expliquent pas les cas où nous avons un point

douloureux, lombaire, épigastrique ou hépatique. Or ces cas existent ; dans une de nos observations il s'agit d'une douleur lombaire, dans l'autre d'une douleur s'étendant dans la fosse iliaque droite et dans la région hépatique. Nombreuses sont les erreurs de diagnostic, de pleurésie diaphragmatique droite prise pour un abcès sous-phénique ou une colique hépatique par exemple (1).

Dans ces différents cas, on doit, je crois, être éclectique et s'en rapporter, pour certains, à l'une des trois premières théories, qui cadrent du reste si bien avec ce que nous savons des infections pleuro-pulmonaires grippales affectant la forme des fluxions de poitrine.

Rappelons enfin, pour terminer, que, chez certains malades, la douleur abdominale pourra être expliquée par la coexistence d'une surréналite aiguë.

(1) Mignon. *Infektions pleuro-pulmonaires à allures cliniques d'infection péritonéale*. Bulletin de la Société de Chirurgie 1903.

Conclusions

I. Il importe d'être beaucoup plus prudent qu'autrefois pour porter **un diagnostic** chirurgical, car la technique actuelle étant d'opérer le plus tôt possible, dans les vingt-quatre heures par exemple, s'il s'agit d'appendicite, sans perdre une minute, s'il s'agit d'une perforation ou d'une occlusion — il faut que le chirurgien puisse penser que certaines affections médicales peuvent le tromper.

II. En particulier, les complications pleuro-pulmonaires de la grippe, spécialement les fluxions de poitrine, sont des complications le plus souvent insidieuses, quoique brutalement extériorisées, et dont la symptomatologie médicale est fruste, les signes physiques d'une lésion pleuro-pulmonaire étant absents ou très discrets au début : parfois un peu de diminution de la respiration et c'est tout.

Or, ces complications peuvent présenter un syndrome abdominal en apparence spontané, ce qui, joint à un minimum de signes pulmonaires physiques, fait penser à une affection des voies abdominales, alors que c'est le poumon qui est en cause.

III. La connaissance de ces faits doit donc rendre très attentif et imposer dans chaque cas particulier un examen méthodique médico-chirurgical.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

EMILE SERGENT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.



